Aus der Universitäts Hals-, Nasen- u. Ohrenklinik Marburg-Lahn
Direktor: Prof. Dr. Uffenorde.

Gleichgewichtsapparat und erbliche Taubheit

Untersuchungen an den Insassen der Taubstummenanstalt Homberg

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DES DOKTORGRADES
IN DER GESAMTEN MEDIZIN
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER PHILIPPS-UNIVERSITÄT MARBURG

vorgelegt von

Günter Behne
Medizinalpraktikant aus Oschersleben (Bode).

MARBURG-LAHN 1938
BUCHDRUCKEREI HERMANN BAUER

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
am 7. 12. 1937.

Referent: Professor Loebell.
Korreferent: Professor Dr. Uffenorde.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Bei der Bekämpfung der Erbkrankheiten kommt es vor allem auf die richtige Diagnose an; denn nur wenn wirklich einwandfrei die Vererbung eines Leidens festgestellt ist, wird man die Sterilisation vornehmen. Im anderen Falle würde man nicht nur dem Kranken unrecht tun, sondern auch dem eigenen Volke schaden. Bei der ziemlich großen Zahl von Taubstummen der verschiedensten Ursachen in Deutschland ist es nötig, diese schwere Erkrankung durch möglichste Verhütung der erblichen Leiden und noch bessere Behandlung der erworbenen zu beheben. 1900 hatten wir in Deutschland 48 750 Taubstumme, 1925 betrugen diese 45 376. Dieser immerhin schon nachweisbare Rückgang ist aber nur darauf zurückzuführen, daß die Bekämpfung der Infektionskrankheiten im Kindesalter erfolgreicher geworden ist (v. Verschuer). Die Schätzung der badischen Gebrechlichenzählung 1925 ergab, daß bei 62% aller Taubstummen die Taubheit angeboren war. Nun bedeutet angeborene noch keineswegs erbliche Taubheit. Albrecht unterscheidet zum Beispiel 6 verschiedene Formen der angeborenen Taubheit:

1. Die sporadische Taubstummheit.
2. Die endemische oder kretine Taubstummheit.
3. Die hereditäre Innenohrschwerhörigkeit.
4. Die intrauterin erworbene Taubstummheit.
5. Die bei der Geburt erworbene Taubstummheit.
6. Die im Säuglingsalter erworbene Taubstummheit.

Man sieht hieraus, daß die Unterscheidung, wie sie früher üblich war, in angeborene und erworbene Taubheit nicht haltbar ist. Schon Herzog war mit der alten Einteilung, wie sie Bezold, Siebenmann, Hammerschlag und andere angegeben hatten, nicht einverstanden und schlug eine Einteilung in 1. ererbte und 2. erworbene Taubstummheit vor, wobei er die letztgenannte noch in a) intrauterine und b) postfetale unterteilte. In Deutschland ist man in Durchführung der Erbgesetze allgemein dazu übergegangen, ererbte von erworbener Taubheit zu trennen. Auch im Aus-

land ist man zu dieser Abgrenzung vielfach gekommen. So schreibt zum Beispiel W. Jarecki: „Die bisherige Einteilung in erworbene und kongenitale Taubstummheit läßt sich nicht aufrecht erhalten, da es in vielen Fällen unklar ist, zu welcher Gruppe die Taubheit gehört." Gütt, Rüdin, Ruttke bezeichnen die erbliche Taubheit folgendermaßen: „Unter erblicher Taubheit sind die Ohrleiden zu verstehen, welche auf Grund erblicher Anlagen ohne äußere Ursache im Laufe des Lebens zu Taubheit oder mit Taubheit gleichzusetzender Schwerhörigkeit führen und während des fortpflanzungsfähigen Altersabschnittes einwandfrei festgestellt sind." Hierher gehören die hereditär-degenerative Innenohrschwerhörigkeit und die sporadische Taubheit. Die erstere ist meist leichter zu erfassen, da es sich hier um ein dominant sich vererbendes Leiden handelt. Das Gegenteil ist bei der sporadischen Taubstummheit der Fall, die als rezessiv vererbt gilt. Hier müssen sämtliche uns zur Verfügung stehenden Mittel angewandt werden, um möglichst sicher das erbliche Leiden von dem erworbenen zu trennen. Zunächst soll nicht nur die Familie, sondern auch die Sippe auf Vorkommen von Schwerhörigkeit durchgesehen werden. Die schon früher oft unvollständige Anamnese ist heute vielfach nicht zu verwerten, weil zum Beispiel beim Vorliegen einer sporadischen Taubheit verschwiegen wird, daß irgendein Familienmitglied an Schwerhörigkeit leidet. Gern werden auch ein Trauma oder eine Erkrankung im Kindesalter als Ursache angegeben und überwertet, um der Sterilisation zu entgehen. Weit zuverlässiger ist die Erhebung eines umfassenden Organbefundes, wobei besonders auf Restzustände abgelaufener Mittelohrentzündungen zu achten ist. Von größter Bedeutung sind nun aber die Funktionsprüfungen.

Im Rahmen der Gesamtuntersuchungen an den derzeitigen Insassen der Landestaubstummenanstalt Homberg wurde mir die Aufgabe gestellt, bei sämtlichen Kindern den Gleichgewichtsapparat mit der ganzen neuzeitigen Untersuchungsmethodik auf seine Erregbarkeit zu untersuchen.

Untersuchungsweise.

Die Funktionsprüfungen wurden mit Hilfe der an der Marburger Klinik gebräuchlichen Verfahren unter Kontrolle von Prof. Loebell ausgeführt. Diese Methoden decken sich weitgehend zum

Beispiel mit denen der Berliner Klinik, die ja Vogel in einem Lehrfilm übersichtlich dargestellt hat. Es wurde geprüft auf:

1. Spontansymptome (Vorbeizeigen, Schwanken, Gangabweichungen und insbesondere spontaner und latenter Nystagmus hinter der Bartels- und wenn möglich hinter der Frenzelschen Leuchtbrille).
2. Reiznystagmus mittels der kalorischen Prüfung, d. h. Einspritzungen von kaltem Wasser in den äußeren Gehörgang.
3. Reiznystagmus mittels der Drehprüfung, d. h. Umdrehung des Körpers um die senkrechte Achse.

Während die ersten beiden Prüfungen in der Taubstummenanstalt selbst vorgenommen werden konnten, mußten die Taubstummen zur Drehprüfung nach Marburg in die Klinik kommen, da nur hier die Möglichkeit einer genauen Untersuchung auf dem elektrisch betriebenen Drehstuhl gegeben war.

Die Technik der Durchführung im einzelnen war folgende:

Spontannystagmus: Hinter der Frenzelbrille bezw. Bartelsbrille wurde bei den Taubstummen auf Spontannystagmus geachtet, zunächst in Mittel-, dann in Endstellung der Augen. Die Endstellung darf nicht zu lange eingehalten werden, da sonst leicht Ermüdungsnystagmus auftritt, namentlich bei Kindern (Uffenorde). Es wurde weiter auf latenten Nystagmus gefahndet, nachdem der Kopf nach Beuge- und Schüttelbewegungen in die Brüningssche Optimumstellung gebracht war.

Kalorische Prüfung: Die Schwachreizprobe mit 5 ccm 27° C warmen Wassers und die Starkreizprobe mit 75 ccm Wasser von gleicher Wärme, wurden in folgender Weise vorgenommen: Der Kopf des sitzenden Taubstummen wurde von einer Hilfsperson in der Brüningsschen Optimumstellung fixiert. Vor die Augen wurde die Bartels- oder die Leuchtbrille gesetzt. Mit der Stoppuhr wurde die Zeit nach Einspritzen des Wassers in den Gehörgang bis zum Auftreten des Nystagmus, die sogenannte Latenzzeit, gemessen, darauf die Dauer des Nystagmus. Gleichzeitig wurde auf die Art und Form der Augenmuskelzuckungen geachtet, und zwar auf die Richtung (horizontal, vertikal oder rotatorisch), die Schnelligkeit und die Weite der Ausschläge (fein-, mittel- oder grobschlägig). Es wurde immer erst mit der Schwachreizprobe geprüft. Bei deren negativem Ausfall, d. h. zeigten die Bulbi keine oder wenige und unsichere

Nystagmusschläge, wurde mit der Starkreizprobe weiter geprüft. Hierbei wurde nicht mehr Latenz und Dauer gemessen, sondern nur darauf gesehen, ob Nystagmus auftrat oder nicht.

Als normal erregbar wurde ein Vestibularapparat angesehen, wenn er bei Spülung mit 5 ccm Wasser einwandfreien Nystagmus zeigte. Untererregbar war ein Labyrinth, wenn es nur bei Starkreiz, also 75 ccm Wasser reagierte. Zeigte es auch hierbei keinen Nystagmus, so wurde es als kalorisch unerregbar angesehen.

Drehprüfung: Bei dieser Prüfung wird der Kranke auf einem mit Rückenlehne, Arm-, Fuß- und Kopfstütze versehenen Drehstuhl festgeschnallt. Besonders ist darauf zu achten, daß der Kopf gut in der Brüningsschen Optimumstellung fixiert ist, sodaß er bei dem plötzlichen Anhalten nicht aus seiner Lage geschleudert wird. Der in der Marburger Klinik elektrisch angetriebene Drehstuhl stellt sowohl das langsame Andrehen, als auch das schlagartige Anhalten unter stets gleichen Bedingungen sicher. Der Untersuchte bekommt zur Drehung die Bartelsbrille vor die Augen. Es erfolgen stets 10 Umdrehungen in 20 Sekunden. Beobachtet und gemessen wird bei dieser Prüfung der sofort nach dem plötzlichen Anhalten auftretende Nystagmus (Physiologischer Nachnystagmus). Zuerst wurde stets die Drehung nach rechts durchgeführt, nach einer längeren Pause von mindestens 5 Minuten dann die nach links.

Ergebnisse.

Von den 81 untersuchten Kindern der Taubstummenanstalt Homberg waren 46 Knaben und 35 Mädchen. Das Durchschnittsalter der Kinder betrug 11,4 Jahre. Das jüngste Kind war 7 Jahre, das älteste 15 Jahre alt.

Sämtliche Kinder wurden kalorisch geprüft, während bei 5 Kindern (Lfd. Nr. 2, 20, 47, 50, 65) die Drehprobe nicht ausgeführt werden konnte, weil deren Ueberführung aus äußeren Gründen nach Marburg nicht möglich war.

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, sind 13 Kinder vestibulär überhaupt nicht erregbar (8, 17, 27, 28, 29, 35, 37, 43, 58, 60, 65, 67, 70). Bei 4 Kindern (4, 32, 76, 24) wurde gefunden, daß sie kalorisch erregbar waren, aber vollkommene Drehversager darstellten. Ein Kind (80) reagierte ebenfalls auf Drehung nicht, zeigte aber einseitig kalorischen Nystagmus. Ein einziger Fall (55)

war nur dreherregbar. Mit den vollkommen unerregbaren zusammen sind also unter 81 Taubstummen 17 Drehversager und 14 kalorische Versager. Normale kalorische Erregbarkeit wurde bei 42 Fällen gefunden, allerdings fehlte bei Nr. 32 und 76 der Drehnachnystagmus. 13 Kinder waren untererregbar, wovon wieder 2 (4 und 24) Drehversager darstellten.

Deutliche Seitenunterschiede in der kalorischen Erregbarkeit wurden in 10 Fällen gefunden, wobei bei Nr. 80 nur rechts Reaktion vorhanden war. Bei den übrigen 9 Taubstummen (1, 2, 7, 12, 14, 31, 36, 74, 79) war einseitig durch Schwachreiz, auf der anderen Seite durch Starkreiz Nystagmus zu erzielen. 2 Kinder (45 und 47) zeigten Spontannystagmus nach links.

Eine Uebersicht über die eben erörterten Ergebnisse zeigt folgende tabellarische Zusammenstellung:

Normal erregbar	42	Kinder
Untererregbar	13	„
Unerregbar	13	„
Seitenverschiedener Erregbarkeitsgrad	9	„
Nur einseitig erregbar	1	„
Nur dreherregbar	1	„
Spontannystagmus	2	„
	81	Kinder

Die Latenzzeit und Dauer bei der kalorischen Schwachreizprobe lagen im Bereich des Normalen. Die Latenz betrug im Durchschnitt rechts 19 Sekunden, links 18 Sekunden und schwankte zwischen 10 Sekunden und 50 Sekunden rechts und 8 Sekunden und 45 Sekunden links. Die Durchschnittsdauer war für rechts 57, für links 55 Sekunden. Ihre Grenzen lagen rechts bei 15 und 120 Sekunden, links bei 20 und 115 Sekunden.

Die Dauer des Nachnystagmus war im Durchschnitt, mit den Zahlen von Bárány bei Normalen verglichen (rechts 41, links 39 Sekunden), herabgesetzt. Unsere Untersuchungen ergaben rechts einen Mittelwert von 19, links von 20 Sekunden. Die kürzeste Dauer war etwa 5 Sekunden, die längste 60 Sekunden.

Zum Vergleich unserer Ergebnisse mit denen des Schrifttums haben wir unsere Resultate nicht nur in absoluten Zahlen, sondern auch in Hundertsätzen ausgerechnet, obwohl ja

bekanntlich Zahlen unter Hundert nicht in Prozenten angegeben werden dürfen. Der Vergleich zeigt folgendes: Die Dauer des kalorischen Nystagmus war, wie auch bei unseren Untersuchungen, meist normal. Nur Uchida, der bei 369 taubstummen Chinesen den Vestibularapparat geprüft hat, fand, daß im Verhältnis die Dauer des kalorischen Nystagmus bei Taubstummen länger war als bei Gesunden.

	Durchschnittswerte		max.	min.
	rechts	links		
Unsere Werte:	19"	20"	60"	5"
Kompanejetz:	26"	21"	59"	9"

Die beim Drehnachnystagmus gefundenen Werte ergeben also keinen besonderen Unterschied zu denen von Kompanejetz.

	Kalor. Versager:	Drehversager:
Unsere Werte:	14 = 17,4%	17 = 20,9%
Kano:	42,6%	30 %
Kompanejetz:	36,9%	34 %
Brock:	34,7%	30,6%
Vogt:	38,8%	22,6%

Die Ergebnisse der früheren Untersucher, besonders die von Kano und Vogt, zeigten also ein umgekehrtes Verhältnis zwischen kalorischen und Drehversagern, als wir es gefunden haben.

Um in der Frage der Erblichkeit weiter zu kommen, mußten die heute allgemein verlangten Sippen- und Familiengeschichten durchgesehen werden. Aus den Akten der Taubstummenanstalt Homberg wurde folgendes entnommen: Sicher erblich belastet sind 22 Kinder, wahrscheinlich erblich belastet 5 und mit sicher erworbener Taubstummheit 18 Kinder behaftet. Ueber die übrigen 36 Taubstummen ließ sich nichts Sicheres in Erfahrung bringen. Teilweise sprachen die Anamnesen gleichzeitig für die Möglichkeit eines erblichen und auch eines erworbenen Leidens. Immerhin haben wir zum wichtigsten Punkt Erbkrankheit auf Grund eines sorgfältigen Aktenstudiums in mehr als der Hälfte der Fälle einwandfreie Ergebnisse erzielen können. Unterstützend war die Tatsache, daß die Insassen der Taubstummenanstalt Homberg fast ausschließlich aus der bodenständigen oberhessischen Bevölkerung kommen. Zwei und mehr Generationen Schüler sind daher keine Ausnahmen.

Man ist auch heute noch vielfach der Ansicht, daß bei erblicher Taubheit der Vestibularapparat fast immer normal reagiert. So sagte erst neuerlich Kaftan auf der Tagung niedersächsischer Ohrenärzte in Rostock 1937, für die Beurteilung, ob ein erworbenes oder ererbtes Leiden vorläge, sei die Funktion des Labyrinthes von größter Wichtigkeit. Die ererbten Formen der Schwerhörigkeit zeigten meist ein normal erregbares, die erworbenen meist ein unerregbares Labyrinth.

Unsere Ergebnisse bei wohl sicher erblicher Taubheit sind folgende:

Normal erregbar sind:	Lfd. Nr. 23, 25, 33, 34, 38, 39, 52, 53, 56, 57, 62, 64, 66, 72	= 14 Kinder
Untererregbar:	4, 5, 24, 71	= 4 „
Seitenverschieden:	7, 14	= 2 „
Unerregbar:	60, 65	= 2 „
		22 Kinder

Bei 5 wahrscheinlich erblich Belasteten:

Normal erregbar:	13, 48, 69	= 3 Kinder
Unterregbar:	ø	= 0 „
Seitenverschieden:	74	= 1 „
Unerregbar:	35	= 1 „
		5 Kinder

Bei sicher erworbener Taubheit:

Normal erregbar:	26, 32, 73, 75	= 4 Kinder
Untererregbar:	40, 46, 49	= 3 „
Seitenverschieden:	12	= 1 „
Unerregbar:	27, 28, 37, 43, 58, 67, 70	= 7 „
Spontannystagmus:	45, 47	= 2 „
Nur dreherregbar:	55	= 1 „
		18 Kinder

Bei den übrigen 36 Taubstummen ist bei 24 Kindern nach den Akten das Leiden als angeboren (nach den Aussagen der Eltern) anzusehen. Bei diesen 24 Kindern mit angeborener Taubstummheit ergibt die Prüfung des Vestibularapparates folgendes:

Normal erregbar:	3, 9, 11, 15, 19, 21, 30, 41, 42, 59, 63, 76, 77, 78	= 14 Kinder
Untererregbar:	16, 20, 44, 61	= 4 „
Seitenverschieden:	1, 31, 79, 80	= 4 „
Unerregbar:	17, 29	= 2 „
		24 Kinder

Von den restlichen Kindern war aus den Akten überhaupt nichts zu ersehen. Sie reagierten folgendermaßen:

Normal erregbar:	6, 18, 22, 50, 51, 54, 81	= 7 Kinder
Untererregbar:	10, 68	= 2 „
Seitenverschieden:	2, 36	= 2 „
Unerregbar:	8	= 1 „
		12 Kinder

Betrachten wir nun die als erbliche und als erworbene angesehenen Taubstummen auf ihre Erregbarkeit und vergleichen diese Resultate mit den Ergebnissen von Wirth und Scheidler als den letzten Autoren mit einschlägigen Arbeiten auf diesem Gebiete:

Sicher erblich:	norm. erregbar	unerregbar, bezw. untererregbar
Eigene Fälle (22)	14	8
Wirth (37)	23	14
Scheidler (29)	26	3
Sicher erworben:		
Eigene Fälle (18)	4	14
Wirth (12)	6	6
Scheidler (7)	1	6

Die Uebereinstimmung der örtlich verschieden durchgeführten Untersuchungen zeigt also folgendes: Die frühere Ansicht, normale Erregbarkeit spreche für Erblichkeit, ist nicht mehr haltbar, da sowohl bei sicher erworbenen wie auch bei sicher Erbtauben doch sehr häufig Abweichungen von der alten Regel vorkommen. Auch Müller (an kleinerem Untersuchungsmaterial durchgeführt) berichtet von Vestibularstörungen in 2 Familien, wo sicher Erblichkeit feststand. Weiter sprach Barth auf einer Tagung in Rostock von 3 Fällen, in denen auf Grund der Anamnese eine rezessive Taubheit angenommen werden mußte, bei denen aber kalorische und rotatorische Unerregbarkeit nachgewiesen wurde.

Von ganz besonderer Wichtigkeit ist der Vergleich des Gleichgewichtsapparates mit dem Gehör. Dabei spielt neuerdings be-

sonders das Symmetriegesetz von Langenbeck eine große Rolle. Hierzu wird mit eigenen Untersuchungen eingehend in einer besonderen Arbeit Stellung genommen. Es soll nur noch darauf hingewiesen werden, daß sich auch Scheidler und Wirth zur Diagnose der erblichen Taubheit äußern. Für die endgültige Entscheidung halten sie die Familiengeschichte für unbedingt erforderlich. Wirth schreibt sogar: „Seitenverschiedene Hörreste und Störung der Vestibularerregbarkeit können, besonders bei erblicher Belastung, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „erbliche Taubheit" nicht erschüttern." „Wir sehen also", schreibt Schwarz in seiner Schrift: „Familiennachweis und Organbefund bei der Begründung der erblichen Taubheit", „daß die Ergebnisse am Organbefund der erblichen Taubstummheit sich durchaus nicht so decken, wie wir es erwarten müssen, wenn der Untersuchungsbefund für die Erkennung der erblichen Taubstummheit herangezogen werden könnte."

Zusammenfassung.

Nach unseren an den Insassen der Taubstummenanstalt Homberg durchgeführten Untersuchungen war eine vestibuläre Erregbarkeit mit der kalorischen Probe etwas häufiger festzustellen als mit der Drehprüfung.

Mit den früheren Ergebnissen, daß angeborene Taubheit, wobei angeboren keineswegs erblich bedeutet, in 60% aller Fälle normale Erregbarkeit zeigt, stimmen die unseren überein.

Vestibuläre Störungen bei erblicher Taubheit kommen häufiger vor, als bisher angenommen wurde. Sie dürften bei erblicher Belastung an der Diagnose „ererbt" nichts ändern. Umgekehrt braucht bei erworbener Taubheit die normale Erregbarkeit des Vestibularapparates die Diagnose „erworben" nicht in Frage zu stellen.

Unsere Ergebnisse bestätigen die Schwarzsche Auffassung, daß die Einzelbefunde, die für erbliche Taubheit charakteristisch sein sollen, nicht zu überwerten sind und sollen zu weiteren Untersuchungen auf diesem wichtigen Gebiete anregen.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Loebell für die Ueberlassung des Themas, die Anregungen zur vorliegenden Arbeit und die Uebernahme des Referates meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Schrifttum.

Barth: Zur Aussprache siehe Kaftan.

Denker Kahler: Handb., Bd. 8, S. 460/474.

Gütt-Rüdin-Ruttke: Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Gesetz und Erläuterungen. Lehmann München, 1936, S. 153.

Herzog: Angeborene und erworbene Taubstummheit. Festschrift Urbantschitsch. Urban und Schwartzenberg, Berlin-Wien 1919.

Jarecki: Ueber erbliche Taubheit. Ref. Zentralbl. f. Ohlkd., Bd. 12, S. 197.

Kaftan: Prakt. Erfahrungen bei Begutachtung erblich Tauber. Ref. Zentralbl. f. Ohlkd., Bd. 28, S. 102.

Kompanejetz: Untersuchungen über das Hörvermögen und die Vestibularfunktion der Zöglinge des Jekaterinoslawischen Taubstummeninstituts. Zeitschr. f. Laryngo-Rhinologie usw., Bd. 13, S. 444.

Langenbeck: Das Symmetriegesetz der erblichen Taubheit. Zeitschr. f. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkd., Bd. 39, S. 223.

Müller: Vestibulare Störungen bei erblicher Taubheit. Arch. f. Ohrenheilkd., Bd. 142, S. 156/163.

Scheidler: Beitrag zur Differentialdiagnose der erworbenen und erblichen Taubheit. Arch. f. Ohlkd., Bd. 142, S. 336/341.

Schwarz: Familiennachweis und Organbefund bei der Begründung erblicher Taubheit. Erbbl. f. d. Hals-, Nasen-, Ohrenarzt, Heft 1, 1937.

— — Ererbte Taubheit. Thieme, Leipzig 1935.

Thies: Ohrenärztl. Untersuchungen an Schülern der Taubstummenanstalt Leipzig. Zeitschr. f. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkd., Bd. 39.

Uchida: Statist. u. klin. Studien über die Taubstummheit von Chinesen. Ref. Zentralbl. f. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkd., Bd. 13, 167.

v. Verschuer: Erbpathologie. Steinkopf, Dresden und Leipzig 1937. S. 151 und 181/182.

Vogt: Vestibularisprüfung bei Taubstummen. Diss. Heidelberg 1935.

Wirth: Erbl. Belastung, Seitenverteilg. d. Hörreste und Vestibulariserregbarkeit bei Taubstummen u. ihre Bedeutung f. d. Erbbegutachtung. Arch. f. Ohlkd., Bd. 141, S. 212/216.

Lebenslauf.

Am 6. 7. 1912 wurde ich als Sohn des damaligen Postassistenten Walter Behne und seiner Ehefrau Margarethe, geborenen Hoffmeyer, in Oschersleben (Bode) geboren. Ich bin arischer Abstammung und evangelischer Konfession. Nach Besuch der Grundschule und des Reform-Realgymnasiums in Dessau legte ich Ostern 1931 die Reifeprüfung ab, um anschließend Medizin zu studieren. Nach 5 semestrigem Studium in Marburg bestand ich dort im Herbst 1933 die ärztliche Vorprüfung. Von meinen klinischen Semestern verbrachte ich zunächst noch eins in Marburg. Im S. S. 1934 und W. S. 1934/35 hörte ich in Berlin, die letzten drei Semester wieder in Marburg. Hier bestand ich am 12. Dezember 1936 das Medizinische Staatsexamen. Seit dem 28. 12. 36 bin ich als Medizinalpraktikant an der hiesigen Universitäts Hals-, Nasen-, Ohrenklinik tätig.

Meine akademischen Lehrer waren:

in Marburg: Alverdes, Baur †, Becher, Boeminghaus, Claussen, Dittler, Eimer, Freudenberg, Göppert, Grüneisen, Grüter, Jacobshagen, Kestermann, Klapp, Klewitz, Kretschmer, Kutscher, Loebell, Meerwein, Nauck, Pfannenstiel, Ruete, Schrader, Schwenkenbecher, Uffenorde, Versé.

in Berlin: v. Bergmann, Bessau, Gocht, Gohrbandt, Rößle, Sauerbruch, Stöckel, Wagner.